

“En el copagament, cal tenir en compte el poder adquisitiu del pacient”

Què fa que Catalunya dispose d'una xarxa de sanitat privada tan densa?

—És una qüestió cultural, perquè, des dels inicis de la seguretat social, ja hi havia una oferta privada important. Per un costat, doncs, ja s'havia creat aquesta cultura i s'ha mantingut per a aspectes complementaris, malgrat que tothom està d'acord que la sanitat pública té bona cobertura. Entre un 25% i un 28% de la gent manté aquesta doble cobertura perquè opina que aquesta complementarietat és útil. En un moment determinat, a més, la sanitat pública no tenia un bon sistema hotel·ler que, en canvi, sí que oferia la privada. Ara que la pública també disposa de bones habitacions, molta gent prefereix mantenir la privada.

—Per què van començar a fer-se mutualistes, els catalans?

Miquel Vilardell (Borredà, Berguedà, 1946) va ser president de la Comissió d'Experts de Sanitat de Catalunya que va assessorar el Departament de Salut sobre el model i el finançament sanitaris.

—Per dos fets. Per un costat, hi havia mutualitats que havien nascut aquí, com Assistència Sanitària Col·legial o Agrupació Mútua, lligades

al gremi i als col·lectius professionals que han col·laborat en la creació d'aquesta cultura. Com que el terreny ja era adobat, moltes empreses estrangeres s'hi han instal·lat. Això no ha passat en uns altres llocs. D'una altra banda, paral·lelament, surten grups d'excel·lència mèdica en algunes especialitats, com ara l'oftalmologia, amb la clínica Barraquer; la urologia, amb la Puigvert; i més. Ofereixen una excel·lència en les seves especialitats que ha assolit molt prestigi, fins i tot internacionalment.

—Quan arriba la democràcia, no hi ha cap intent de la Generalitat de Catalunya perquè la pública assumeixi tota la demanda?

—Hi va haver l'aparició de consorcis en què entitats privades amb participació de municipis o entitats religioses recorrien a aquesta figura del consorci per donar servei a la pública. Eren serveis concertats.

—Però aquests consorcis són una oferta a la pública, no pas un intent d'ampliar l'oferta pública perquè la privada no fora necessària.

—Són consorcis sense ànim de lucre en què participen el municipalisme, entitats religioses i l'administració pública.

—No s'ha fet l'intent d'ampliar tant l'oferta pública que absorbesca tota la demanda?

—No s'ha fet mai perquè el model funciona. A Catalunya, aquest model amb la privada, la pública-pública i la pública que concerta serveis a entitats proveïdores, funciona. Ningú no s'ha plantejat un canvi de model perquè tothom està d'acord que és un bon model.

—Per què?

—El sistema públic ofereix uns estàndards bons de salut i el sector privat crea ocupació i ha actuat sempre com a complementari.



—Ara es torna a parlar de copagament. Aquest model mixt no és, en certa manera, una versió del copagament?

—Però és voluntari, aquest copagament. Una altra cosa és que s'obri el debat de si qui té una pòlissa ha de tenir algun avantatge fiscal. Se n'ha parlat de vegades, però aquest debat no ha estat mai tancat.

—Vàreu ser president de la Comissió d'Experts de Sanitat de Catalunya que va assessorar el Departament de Salut per resoldre els problemes de finançament que té —com també tenen les conselleries de Sanitat d'algunes altres comunitats. No hi vau discutir aquesta qüestió, a la comissió?

—Sí però no vam trobar-hi un consens ampli. No hi ha consens sobre desgravació fiscal per a les pòlisses d'assegurança.

—I quines mesures de consens vau concloure sobre el copagament?

—Vam dir que es podia revisar el copagament actual pel que fa a la prestació farmacèutica, perquè hi hagués més equitat. I que hi hagués una regulació de la demanda mitjançant educació sanitària, informació sanitària i control del mal ús dels recursos sanitaris.

—Cap consens sobre el copagament de la visita amb, per exemple, un euro?

—En absolut.

—I vós?

—Jo, com a president, no m'hi vaig pronunciar mai. Aquesta qüestió mereix un debat d'àmbit estatal i un debat en què ha d'haver-hi bastant consens, perquè és de molta importància. I hauria de quedar clar a tothom que aquest euro no tindria funció recaptatòria, no és per a obtenir més diners, sinó que ha de servir exclusivament per a racionalitzar l'ús dels recursos sanitaris.

—Això vol dir que l'euro ha de servir de mesura dissuasiva per als qui abusen de la visita a cal metge?

—No. Pot haver-hi moltes més formes de regular el flux. Sigui com sigui, qualsevol mesura impositiva ha de ser estatal i amb molta explicació als ciutadans a l'hora de prendre-la. També penso que no es poden imposar



EL TEMPS

Miquel Vilardell creu que el model sanitari que hi ha a Catalunya, on conviuen l'oferta pública i la privada concertada, és un model que no cal canviar perquè funciona bé des de fa anys.

mesures d'aquestes en un moment de crisi com l'actual. Ha de ser en època de bonança.

—De quines altres maneres es pot regular el flux al CAP?

—A base de l'educació sanitària i la informació, per un costat. I mesures de caire organitzatiu, que els gestors han de trobar en el seu moment. Si no s'arriba a un acord i no hi ha consens sobre l'euro per visita, no es pot aplicar. Personalment, penso que sempre

s'ha de tenir en compte el poder adquisitiu de la persona, perquè si no es perd el principi d'equitat.

—El fenomen de la immigració ha fet créixer en molt poc temps el nombre de pacients que acudeixen al CAP. Com es resol, això?

—Augmentant la partida de Salut. Calen més recursos, sobretot allà on la immigració ha augmentat molt.

Àlex Milian